

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

414

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA

**DERMATOSE GRAVIDIQUE
AUTOTOXIQUE**

PAR

Léonce HATTON

Licencié es-sciences

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Nantes

Né à Lorient (Finistère) le 27 février 1882

Président : M. PINARD, Professeur

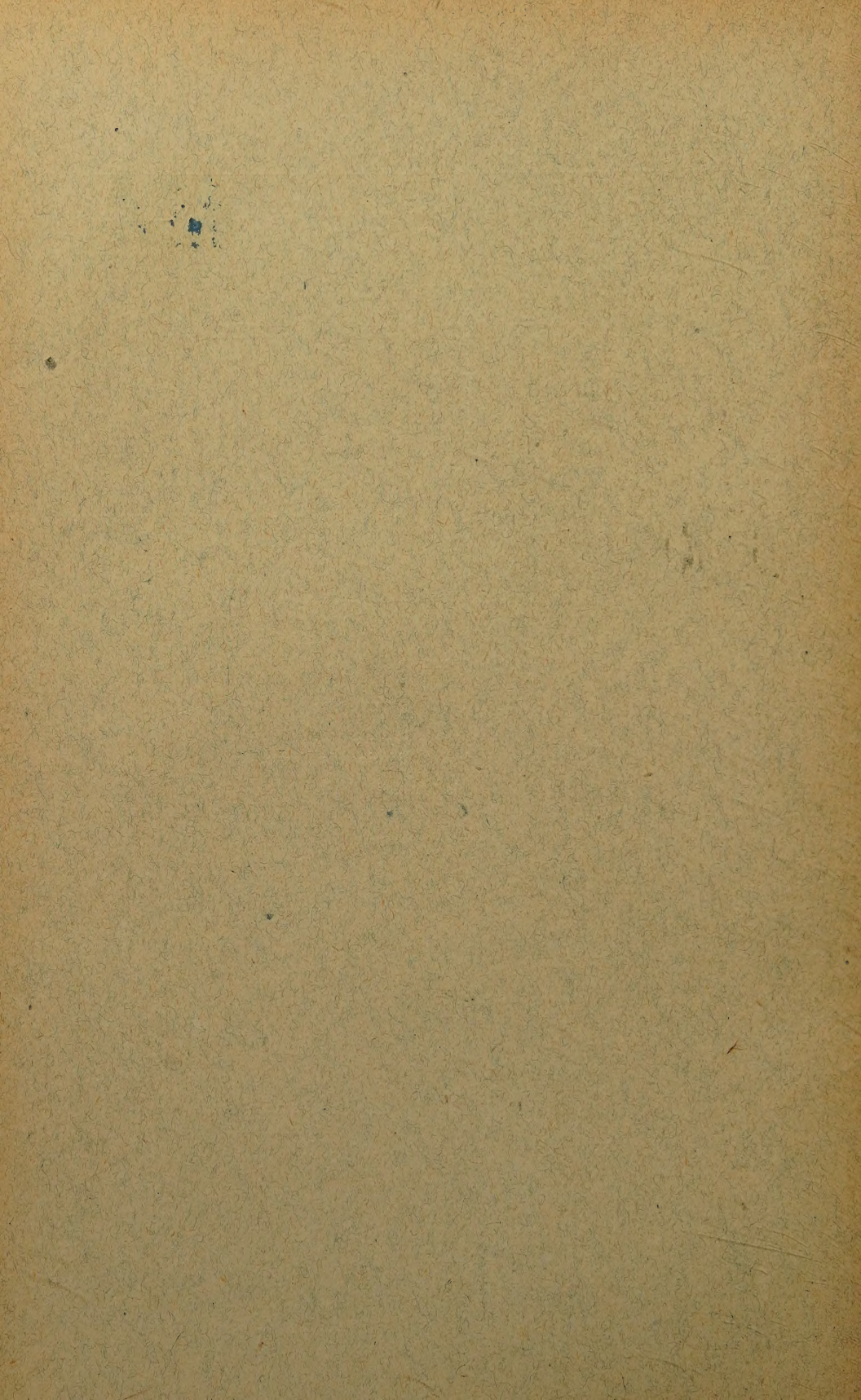


PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913



414

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Étude

DE LA

DERMATOSE GRAVIDIQUE AUTOTOXIQUE

PAR

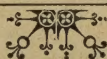
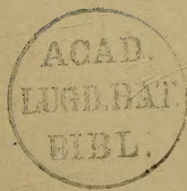
Léonce HATTON

Licencié es-sciences

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Nantes

Né à Lorient (Finistère) le 27 février 1882

Président : M. PINARD, Professeur



PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. D. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	RICHET (Ch.)
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et Thérapeutique générale	ACHARD
Pathologie médicale	{ WIDAL.
Pathologie chirurgicale	{ TEISSIER.
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	MARIE (PIERRE).
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	{ DEBOVE.
Clinique médicale	{ LANDOUZY.
	{ GILBERT.
	{ CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALLET (GILBERT).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
	{ DELBET (PIERRE).
Clinique chirurgicale	{ QUENU.
	{ RECLUS.
	N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	{ BAR.
Clinique d'accouchement	{ PINARD.
	{ RIBEMONT DES
	{ SAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZAR.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RATHERY.
BERNARD.	GRÉGOIRE.	LÉRI.	RETTERRER.
BRANCA.	GUENIOT.	LÉPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GUILLAIN.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (ANDRÉ).	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIÈRE.
BRUMPT.	JOUSSET (ANDRÉ).	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	LABBÉ (MARCEL).	MULON.	SICARD.
CARNOT.	LANGLOIS.	NICLOUX.	TERRIEN.
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	TINE.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LECÈNE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LENORMANT.	PROUST.	
DUVAL (PIERRE).			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Officier d'artillerie
Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA MÈRE

A MA TANTE

A MES FRÈRES ALBERT ET HARRY

A MES AMIS

« Omnes curas in filium impendere »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES ET DE PARIS

INTRODUCTION

Pendant le temps où, l'année dernière, nous avons assisté à la clinique Baudelocque aux leçons dans lesquelles M. le Professeur Pinard enseigne à ses élèves non seulement l'art de l'accouchement, mais aussi et surtout les principes vitaux pour notre race de la puériculture, nous avons assisté à une leçon sur la « Dermatosé gravidique autotoxique ». Au moment de terminer nos études, nous avons pensé allier en ce travail à la fois la Dermatologie et l'Obstétrique pour essayer d'apporter notre contribution à cette question. Notre ami, M. Casalis, a mis à notre disposition quatre observations recueillies dans le service de M. le Dr Reymond à la Maison Départementale de Nanterre.

Désireux d'apporter d'autres faits cliniques, nous avons sollicité de M. le Professeur Pinard l'autorisation d'aller à Baudelocque chercher dans « Le livre de la Nature » des faits propres à nous ins-

truire. Nous avons pu ainsi réunir un certain nombre de cas observés à Baudelocque depuis la thèse de Vidal (1906) jusqu'à 1912.

Nous sommes heureux de pouvoir ici payer un peu de la dette que nous avons contractée, en remerciant M. le Professeur Pinard et M. le Dr Reymond de la bienveillance qu'ils ont montrée à notre égard.

HISTORIQUE

De tous temps, les observateurs ont constaté la coïncidence avec la gestation d'un certain nombre de manifestations cutanées. La pigmentation des seins, l'apparition de la ligne brune abdominale, le masque gravidique sont des signes banaux.

Plusieurs observateurs ont de plus relaté des éruptions coïncidant avec la gestation, mais ils ne voient qu'un élément de l'éruption, la bulle et rattachent cette éruption au pemphigus. D'ailleurs, à cette époque, cette dénomination comprenait une foule de dermatoses différentes.

En 1811, Brunel, dans une thèse sur le pemphigus décrit une forme récidivante de pemphigus prurigineux gravidique.

En 1852, Chaussit remarquant le peu de durée habituelle de l'affection ajoute le nom d'aigu.

En 1863, Hardy voit à cette éruption le caractère

spécial de durer plus longtemps à chaque nouvelle gestation.

Tous ces auteurs ont vu les grands symptômes de l'affection mais oublient l'érythème, les vésicules et les pustules.

C'est en 1872 que Milton, en Angleterre, donne pour la première fois le nom d'herpès gestationis à une dermatose apparue chez une femme enceinte pour la huitième fois. D'ailleurs cette femme avait déjà présenté la même éruption au cours de sa première et de sa cinquième gestation.

En Amérique et en Angleterre, des dermatologistes tels que L. Dunau Bulkley (1874), Livenig (1878) Nundham Cottle (1879) publient un certain nombre d'observations. Ils croient tous à une origine nerveuse de l'herpès gestationis.

Le 6 mars 1884, Duhring groupait sous le nom de dermatites herpétiformes des dermatoses jusqu'à considérées comme de nature différente. Il avait en vue à ce moment les pemphigus, non symptomatiques, tels que pemphigus léproïde et syphilitiques, mais les pemphigus vrais et parmi ceux-ci la forme chronique. C'est ainsi qu'il rattache l'herpès gestationis à cette catégorie et indique que cette « dermatite polymorphe représente la variété multiforme de la dermatite herpétiforme » se produi-

sant accidentellement chez une femme enceinte.

En 1888, M. Brocq considère que la dermatite herpétiforme constitue une entité bien définie à condition de ne pas y renfermer des affections telles que l'impétigo herpétiforme d'Hebra. Il considère le titre de dermatite herpétiforme comme impropre. En 1898, dans une étude des plus importantes, il étudie très à fond les caractères de cette dermatose, et montre que si elle présente de nombreuses analogies avec la maladie de Duhring, elle s'en distingue nettement malgré cela.

Cette éruption est polymorphe: érythème, papules, bulles pustules, sont les éléments primitifs auxquels succèdent les croûtes et les macules.

Elle est prurigineuse et même douloureuse dans certains cas.

Elle évolue par poussées successives et récidive très fréquemment.

Il faut donc rattacher, d'après M. Brocq, l'herpès gestationis à cette *dermatite polymorphe douloureuse chronique* en ajoutant le nom de *récidivante de la grossesse* pour bien indiquer son évolution particulière chez la femme enceinte.

En Allemagne, Ittmann et Ledermann partagent la manière de voir de M. Brocq.

En 1892, M. le Professeur Fournier, tout en admet-

tant des ressemblances entre les deux affections, maintient le groupe « Herpès gestationis » très distinct de la dermatite polymorphe de Duhring.

Au contraire, certains auteurs modernes, le Dr Milot dans sa thèse (1895), le Dr Perrin (1895) cherchent à rattacher l'herpès gestationis à la maladie de Duhring.

Nous croyons, au contraire, que l'affection que nous avons en vue est une entité morbide bien définie dont les symptômes, l'étiologie et la pathogénie sont connus et nous adopterons dans notre travail le nom que M. le Professeur Pinard lui a donné de *dermatose gravidique autotoxique*. Seul, à notre avis, ce nom s'attache bien à cette affection. Il en spécifie la pathogénie et seul en explique complètement la symptomatologie.

Nous donnons ci-dessous, afin de permettre les recherches dans les différentes publications, les synonymes sous lesquels on a désigné la même affection.

Chaussit; Hardy: Pemphigus acutus pruriginosus.

Wilson: Herpès circinatus bullosus

Milton: Herpès gestationis.

Liveing: Hydroa gestationis.

Cottle: Erythema gestationis.

Duhring: Dermatite herpétiforme.

Brocq: Dermatite polymorphe douloureuse récidivante de la grossesse.

SYMPTOMATOLOGIE

ANTÉCÉDENTS

L'interrogatoire de la malade ne découvre que rarement des faits bien particuliers dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Cependant on admet généralement que les malades donnent des signes d'une hyperexcitabilité morbide du système nerveux.

Dans une observation de Elliott et dans une observation de Vidal (Thèse de Paris 1906), nous voyons que les malades ont dit avoir eu des éruptions semblables à celles de la dermatose gravidique.

Ce qui est très souvent noté dans les observations, et nous en trouvons un cas très net dans une de nos observations, c'est un état gastro-intestinal défectueux.

Souvent le foie est touché et nous rapportons un

cas où la femme avait eu de l'ictère lors de ses gestations précédentes.

Souvent des éruptions ont suivi l'ingestion de poissons ou de charcuteries, sans qu'il y ait eu gravité. Ces cas sont intéressants en ce qu'ils confirment la pathogénie de cette affection.

Enfin dans une de nos observations, nous remarquerons que la sœur de la malade présente une prédisposition analogue et a aussi, au cours de sa gestation, une dermatose.

Dans aucune de nos observations, la syphilis ne peut être en cause. Le rapport entre le poids de l'enfant et celui du placenta est normal, la réaction de Wassermann est négative.

D'ailleurs, dans les 20 observations de M. Brocq, dans celles de la Clinique Baudelocque que nous avons pu consulter, cette affection n'est jamais incriminée bien qu'il soit évident que l'on puisse constater l'apparition de la dermatose gravidique chez des syphilitiques.

APPARITION

Cette dermatose peut apparaître pour la première fois soit chez une primipare, soit chez une multi-

pare, le plus souvent elle apparaît au cours de la gestation vers le 5^e ou 6^e mois. Dans certains cas, elle pourrait ne se produire que quelques jours après l'accouchement.

Un de ses caractères est la récurrence fréquente au cours de gestations successives. Certaines femmes ont ainsi quatre ou cinq gestations, chacune compliquée de dermatose gravidique.

Dans un cas que nous publions, la femme qui en était à sa troisième atteinte, s'aperçut qu'elle était enceinte à ce que l'éruption venait de se produire.

En tous cas, le début se fait toujours par une sensation de prurit intense. Ce prurit peut être d'abord local, indiquant le point où l'éruption va débiter. Ce n'est que lorsque l'éruption s'est produite que la démangeaison s'étend. La sensation éprouvée consiste surtout en un besoin irrésistible de gratter la région douloureuse. Dans un cas que nous publions, elle imitait, au point de tromper la femme, les piqûres de la puce.

Cette période prémonitoire est de courte durée. Un jour ou deux après le prurit, se produit l'éruption caractéristique.

ÉRUPTION

D'une façon générale, le début de l'éruption a lieu par des plaques érythémateuses. Cet érythème est composé de plaques rouge vif, clair ou foncé, de dimensions très variables, séparées par du tissu sain. Leur dimension est extrêmement variable allant du grand placard, couvrant une partie du dos jusqu'à l'éruption miliaire.

Le début se fait en général aux extrémités et surtout au niveau des membres supérieurs. Puis, l'éruption gagne le reste du corps, s'étendant plus ou moins suivant les cas.

Cependant le territoire de l'éruption est symétrique, et dans plusieurs de nos observations, l'on constate cette symétrie d'une façon toute particulière.

Ordinairement, les régions les plus fortement intéressées sont les doigts et les mains sur leur face dorsale, les avant-bras, les bras, les épaules, les cuisses, les membres inférieurs.

La région abdominale est souvent atteinte. La paume des mains, la plante des pieds restent en général indemnes ainsi que les seins.

La tête est quelquefois touchée, mais ce fait est très rare.

Bientôt cette éruption change de caractères. Elle devient vésiculeuse et bulleuse.

Les vésicules sont constituées par de petits soulèvements de l'épiderme qui prend un aspect granuleux. Le volume des vésicules est très variable; il est en moyenne celui d'une épingle métallique ordinaire. On trouve des vésicules surtout sur la périphérie des plaques érythémateuses; elles se groupent par petits amas isolés. Si on ouvre ces vésicules, on les trouve remplies d'un liquide citrin.

Les bulles diffèrent des vésicules par leur volume. Elles sont parfois énormes atteignant des dimensions d'un œuf de poule. Elles ne sont qu'une confluence ou qu'une exagération des vésicules. Elles ont parfois un aspect polycyclique rappelant leur formation.

Quand le liquide se résorbe un peu, l'épithélium qui forme la bulle se plisse, se ride.

Enfin, il peut se faire que le contenu des vésicules ou des bulles se trouble, devienne purulent. On a alors des éléments pustuleux. Il peut se produire des pustules d'emblée sans passage par l'état vésiculobulleux.

Ces quatre formes d'éruption — érythème, vésicule,

bulle, pustule, peuvent se rencontrer séparément, et l'on a décrit quatre formes de la dermatose gravidique.

Mais polymorphe avant tout, l'éruption comprend le plus souvent un mélange de plusieurs de ces éléments.

ETAT GÉNÉRAL

Sauf des cas où survient une infection surajoutée, la dermatose gravidique est apyrétique. Dans un cas que nous publions, tout faisait craindre une infection; à aucun moment, la femme n'a eu plus de 37°6.

Les malades sont seulement très fatiguées, très agitées. Leur sommeil est rendu impossible par le prurit.

L'appétit est conservé. Les malades ne maigrissent pas d'une façon notable.

Les urines sont normales et l'hypoazoturie décrite assez souvent n'est pas de règle.

ÉVOLUTION

Non traitée, la dermatose gravidique dure jusqu'à la fin de la gestation, évoluant par poussées successives ou par crises subintrantes.

En général, elle cesse au cours de l'accouchement pour reparaître bientôt après et durer quelques jours pour disparaître définitivement.

Il n'est pas rare d'observer une recrudescence des symptômes dans les heures qui suivent l'accouchement.

En tous cas, spontanément, on voit les pustules ou les vésicules s'affaïsser; puis l'épiderme qui les recouvre se dessèche et desquame laissant une macule légèrement pigmentée qui disparaît à son tour.

COMPLICATIONS

L'on pourrait déjà considérer la pustule comme une complication de la dermatose gravidique auto-toxique. En effet cette infection peut, dans certains cas, provoquer une légère élévation de température.

Pour la mère, les complications sont en général

bénignes. Elles relèvent toutes de l'infection secondaire des éléments éruptifs.

C'est surtout par le grattage que s'effectue cette infection secondaire.

A ce point de vue, nous ne pouvons que rappeler l'observation unique de M. le Dr Sauvage, citée par Vidal dans sa thèse (Paris 1906).

Il s'agit d'un cas typique de dermatose gravidique autotoxique dans lequel le prurit intense déterminant la malade à se gratter violemment, il s'est produit un abcès du sein provenant d'une infection secondaire des lésions de grattage. Il s'en suivit des symptômes graves heureusement jugulés et la perte tout au moins partielle de la glande.

Mais c'est surtout *pour le fœtus* que les conséquences de la dermatose gravidique sont redoutables.

La fatigue causée par le manque de sommeil de la mère peut provoquer l'accouchement avant terme. Souvent même, l'enfant, même né à terme, est débile et meurt de cachexie peu après. Une observation rapportée par Cannel et étudiée dans la thèse de Vidal est un bel exemple de retentissement sur le fœtus d'une dermatose gravidique non traitée.

DIAGNOSTIC

Une éruption typique, survenant chez la femme enceinte ou venant d'accoucher, ne peut laisser de doute. Le prurit, le bon état général, les caractères de l'éruption sont pathognomoniques. Même à la première atteinte, le diagnostic doit se faire. A plus forte raison si on se trouve en face d'une récursive concordant avec une nouvelle gestation.

Il faut en tous cas distinguer la dermatose gravidique des affections pemphigoïdes.

Dans le *pemphigus vrai*, le prurit est léger, l'état général est grave et en général aboutit à la mort.

Or, dans la dermatose gravidique, le prurit est intense et l'état général est conservé.

Le *pemphigus végétant* se distingue facilement par sa localisation primitive sur les muqueuses buccales et nasales. Il se produit des ulcérations et des végétations papillomateuses. La cachexie arrive rapidement

Quand on a constaté des plaques érythémateuses surmontées de vésicules très petites, on pourrait croire à un *eczéma*, mais dans celui-ci, il y a un suintement notable, le prurit est léger. De plus, dans l'*eczéma*, le derme tout entier est atteint.

Enfin l'*érythème polymorphe* présente une éruption non symétrique, les muqueuses sont en général atteintes. Enfin, pendant l'éruption, il y a température et surtout albuminurie.

Nous ne parlerons pas des diagnostics faciles à éliminer, lésions de grattages dues à des parasites ou lésions dues à la gale. Chez la femme en état puerpéral, s'il y a une éruption polymorphe, le diagnostic doit se faire d'une façon précise et le traitement doit être institué rapidement.

PATHOGÉNIE

Nous ne discuterons pas ici tout au long la pathogénie de la dermatose gravidique. Vidal, dans sa thèse, a suffisamment étudié la question pour qu'il nous soit nécessaire d'y revenir bien longuement. Nous apporterons simplement quelques réflexions à ce sujet.

Trois théories sont en présence pour expliquer la pathogénie de la dermatose gravidique :

- 1^o Théorie microbienne;
- 2^o Théorie nerveuse;
- 3^o Théorie autotoxique.

La théorie microbienne n'est actuellement plus soutenable. L'absence de réaction thermique, le résultat négatif des cultures ou des inoculations de sang ou du liquide des vésicules, l'absence de contagiosité sont autant de faits indiscutables qui parlent contre cette théorie.

La théorie nerveuse est assez séduisante rappelant la théorie pathogénique du zona.

De plus, chez un très grand nombre de femmes ayant eu des atteintes de dermatose pendant la gestation, on a pu constater un caractère particulièrement irritable. Dans certains cas, une poussée éruptive aurait répondu à une émotion violente.

L'existence d'un violent prurit, devançant l'éruption, persistant avec elle, est aussi un argument sérieux entre les mains des partisans du rôle du système nerveux. M. Sauvage, dans un article intitulé « dermatose gravidique autotoxique » conclut: « l'herpès gestationis et le prurit de la gestation ne sont que des manifestations différentes d'une même imprégnation du système nerveux par des toxines anormalement fabriquées au cours de la gestation ».

Devant la symétrie évidente des lésions, il est impossible de ne pas penser immédiatement au rôle que les nerfs pourraient jouer dans cette affection.

Cependant la *théorie autotoxique* nous paraît celle qui répond le plus exactement aux faits chimiques et cliniques.

1^o Pendant l'éruption on constate que les urines sont en général diminuées de volume et il n'est pas rare de voir de la polyurie survenir immédiatement après l'accouchement. Les urines sont foncées, légèrement acides. Les principaux éléments de l'urine, sauf l'acide urique qui est augmenté (0,9 en

moyenne), sont diminués comme quantité — 9 à 15 gr. d'urée — 6 à 12 grammes d'azote totale, 1 gr. 5 de phosphates, 8 à 10 grammes de chlorures. Tous ces chiffres augmentent d'une manière notable après l'accouchement.

2° Les urines sont hypotoxiques (Thèse de Perrin).

Il faut, au cours de l'éruption 150 cmc. d'urine par kilog d'animal pour tuer un lapin et 50 cc. environ à la fin de l'éruption.

3° Dans les antécédents des malades on trouve fréquemment des dermatoses toxiques (urticaire) et on a signalé des cas où l'ingestion de certains aliments a pu provoquer une éruption polymorphe.

4° L'épreuve du traitement préconisé par M. le Professeur Pinard, traitement de désintoxication, est le plus généralement positive.

Nous croyons donc à l'origine autotoxique de la dermatose gravidique, ajoutant toutefois qu'elle prendra une intensité exagérée surtout au point de vue douleur chez les sujets ayant des prédispositions nerveuses.

TRAITEMENT

Le traitement rationnel de la dermatose gravidique s'attaquera donc, avant tout, à l'auto-intoxication.

Mettre la femme au repos complet au lit, au régime lacté absolu, et lui donner de temps en temps des purgatifs doux ou des lavements.

Les malades ainsi soignées sont rapidement soulagées et peuvent enfin goûter un sommeil réparateur, si nécessaire pour l'heureuse prolongation de leur gestation jusqu'à terme.

Le repos au lit évitera la fatigue qui aggrave singulièrement les auto-intoxications. Il amènera aussi une sédation des caractères irritables.

Quant au lait et aux purgatifs, leur rôle n'est plus à discuter.

Nous n'insisterons pas davantage sur la valeur du traitement que M. le professeur Pinard fait suivre à ses malades atteintes de dermatose gra-

vidique. Il permet à la femme de mener sa grossesse à terme et ensuite évite l'intoxication fœtale. Il a donc un double effet sur le fœtus.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique Baudelocque)

Saint M... Jeanne, 32 ans, ménagère, originaire de l'Allier.

Dans ses antécédents héréditaires, nous notons que son père est mort éthylique à 55 ans.

La malade a été soignée à 25 ans pour rougeole.

Cette femme est enceinte pour la 5^e fois. Elle a eu de l'albumine au cours de ses deux premières gestations.

Ses dernières règles normales sont du 15 au 20 avril 1905.

Pendant les deux premiers mois de la gestation, elle a présenté des vomissements survenant à toute heure de la journée et se répétant 4 à 5 fois par jour.

Peu après la cessation de ces vomissements, la femme a eu de l'œdème des membres inférieurs qui a duré jusqu'au 8^e mois environ.

Au 6^e mois de la gestation vers le 15 octobre 1905, apparition de violentes démangeaisons troublant le sommeil de la femme. Leur siège était sur la face anté-

rieure du thorax, sur les membres inférieurs et l'abdomen.

Quelques jours plus tard se montre une éruption s'étendant à toutes les régions envahies par les démangeaisons. Eruption à caractère vésiculeux, symétrique respectant les bras, le dos et la face.

La femme n'a jamais consulté. Elle entre à Baudelocque le 22 janvier 1906. L'éruption a diminué depuis quinze jours et il ne reste plus guère que des lésions de grattage.

Accouchement le 22 janvier 1906 à midi 15.

Fille pesant 3.800 gr. — Placenta 520 grammes.

Pas de réapparition après l'accouchement.

OBSERVATION II

(Clinique Baudelocque)

S... Henriette, 21 ans, ménagère, enceinte pour la première fois.

Rien dans les antécédents.

Dernières règles: 24 au 27 avril. Vomissements au cours des deux premiers mois.

Quelques jours après la 1^{re} suppression des règles, apparaît une éruption d'abord sur les membres inférieurs puis qui se généralise, éruption vésiculeuse symétrique.

Vient à Baudelocque pour accoucher le 29 janvier 1906.

Garçon: 2.830 gr. — Placenta 420 gr.

OBSERVATION III
(Clinique Baudelocque)

B... Octavie, 18 ans, domestique, menait une vie misérable jusqu'à son admission à la clinique.

Enceinte pour la première fois.

Dernières règles du 25 avril au 1^{er} mai 1907.

Pas d'albumine.

Admise à Baudelocque le 12 décembre pour dermatose gravidique autotoxique.

Dès le début de mai, l'éruption a débuté par la face antérieure du thorax et s'est très rapidement généralisée.

A l'entrée, on constate que l'éruption siège sur la face antérieure du thorax, l'abdomen, les membres inférieurs, plus particulièrement sur la face antéro-interne des cuisses, très peu aux membres supérieurs. La face est respectée. L'éruption est nettement symétrique et est le siège d'un prurit intense. Elle a un caractère polymorphe et présente des lésions de grattage caractérisées.

Du 12 décembre au 5 février, régime lacté et repos.

Sous l'influence du traitement, l'amélioration a été rapide, les lésions pâlisent et le prurigo disparaît. Le 6 février 1908, on constate, lors de l'accouchement, quelques vestiges très effacés persistant à la face antérieure de l'abdomen et des cuisses.

Fille pesant 3.450 gr. — Placenta 450 gr.

Pas de réapparition après l'accouchement.

OBSERVATION IV

(Clinique Baudelocque)

J... Gabrielle, 19 ans, fleuriste.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Cette femme, enceinte pour la première fois, a eu ses dernières règles du 10 au 13 mai 1907.

Pas d'albumine dans les urines. Entre le 13 février 1908. Elle raconte que quinze jours avant d'entrer, elle a été prise de démangeaisons sur les cuisses et le ventre. Actuellement elle présente une éruption polymorphe sur la face antéro-interne des cuisses et la portion inférieure de l'abdomen.

Elle accouche le jour même d'une fille pesant 2.900 gr. avec un placenta de 400 gr.

Après l'accouchement, l'éruption a diminué progressivement pour disparaître complètement au bout de cinq jours.

OBSERVATION V

(Clinique Baudelocque)

B... Marie, 27 ans, ménagère.

Rien à signaler dans les antécédents.

Cette femme, enceinte pour la 1^{re} fois, a eu ses dernières règles du 27 au 31 mai 1907.

Elle entre le 5 mars 1908 pour accoucher. Elle présente une dermatose gravidique autotoxique ayant débuté il y a un mois.

Cette éruption est formée par des lésions vésiculeuses et érythémateuses, symétriques siégeant à la partie postérieure des bras et des avant-bras, à la partie postérieure des cuisses et des jambes et sur les fesses.

La femme accouche le 5 mars 1906 d'une fille pesant 3.300 gr. avec un placenta de 420 gr.

L'éruption disparaît rapidement après l'accouchement.

OBSERVATION VI

(Clinique Baudelocque)

P... Adèle, 22 ans, lingère; ne coud pas à la machine.

Rien de spécial dans les antécédents.

Cette femme, enceinte pour la première fois, a eu ses dernières règles du 24 au 27 juin 1907. Elle a eu des vomissements pendant toute sa gestation.

Le 25 mars, elle a commencé à ressentir des démangeaisons sur l'abdomen et les cuisses.

Le 27 mars, une éruption est apparue.

La femme est venue à la consultation à Baudelocque; le 28 mars on fait le diagnostic de dermatose gravidique autotoxique. On soumet la femme au régime lacté absolu et on la reçoit au dortoir.

Elle entre le 30 mars à la salle de travail.

Il existe sur les jambes, les cuisses, les avant-bras, les épaules et le dos, des taches rosées avec quelques lésions de grattage. Sur le dos, l'éruption est confluyente. La femme déclare que quelques heures après le régime lacté absolu, les démangeaisons auraient cessé. Accouchement le 30 mars 1908 à 10 h. 45 du soir.

Garçon pesant 3.250 gr. — Placenta 540 gr.

4 jours après l'accouchement, le régime lacté étant continué, la dermatose a disparu.

OBSERVATION VII

(Clinique Baudelocque)

R.... Valentine, 21 ans, ménagère; a souffert de gastrite à l'âge de 16 ans, depuis lors a été sujette aux embarras gastriques.

Enceinte pour la première fois, la femme a eu ses dernières règles du 2 au 8 août 1907.

Elle n'a jamais eu de vomissements pendant sa gestation. Elle a présenté seulement un peu d'insomnie et de fréquentes céphalalgies. Les urines examinées n'ont jamais contenu d'albumine.

Pendant la nuit du 21 avril, violentes démangeaisons.

Le lendemain apparaît une dermatose. Régime lacté.

Accouchement le 30 avril 1908.

Enfant 3.050 gr. — Placenta 500 gr.

OBSERVATION VIII

(Clinique Baudelocque)

D... Eugénie, 37 ans, sans profession, six frères et sœurs vivants.

Pas de spécificité ni chez le père ni chez la mère.

Cinq gestations précédentes:

1^{re} 1898 à la Maternité, enfant vivant.

2^e 1900 chez elle fille morte à 29 mois de méningite (?)

3^e 1902 fœtus mort et macéré de 8 mois.

4^e 1903 fille vivante.

5^e 1906 fille vivante, accouchement au 8^e mois.

Dernières règles, 20 au 26 août 1909.

Entre à Baudelocque le 10 mars 1910.

A l'examen de cette femme, on note la présence de lésions eczématiformes à l'abdomen, à la face interne des cuisses et sur les seins, ayant débuté sur les seins.

Le début de cette affection remonte au mois de juin 1902, à la 3^e gestation de cette femme. L'éruption apparut après l'accouchement. Elle s'étendit rapidement aux cuisses et aux bras. Un médecin consulté chez elle ordonne des purgations, des applications locales de compresses humides, de poudre de talc et de pommade à l'oxyde de zinc.

Après deux mois de ce traitement, guérison apparente. En 1903; au cours de la 4^e gestation au 6^e mois, l'éruption se reproduit.

En 1906, au 6^e mois de la 5^e gestation elle se reproduit à nouveau.

Au cours de la 6^e gestation, apparition de l'éruption au 7^e mois. Début par les bras, puis extension au ventre et à la face interne des cuisses.

Sur l'abdomen, on constate une zone circulaire dont la limite supérieure remonte à 1 travers de main au-dessus de l'ombilic et la limite extérieure est au niveau du pubis.

Sur les cuisses à gauche, zone rectangulaire occupant le 1/3 supérieur de la cuisse sur une étendue de 4 travers de doigt, à droite zone elliptique à la face antérieure de la cuisse, descendant jusqu'à 1 travers de main au-dessus de la rotule.

Sur les seins, zones circonscrites de dimensions de pièces de 50 centimes à deux francs, zones maculeuses, respectant le mamelon et l'aréole.

L'aspect de ces plaques est violacé sur les bords, beaucoup plus pâle au centre où on retrouve quelques vésicules.

Prurit intense.

La femme n'a jamais constaté de montée laiteuse.
Auscultation nulle.

Palper: on ne sent pas de parties fœtales.

Accouchement le 10 mars à 8 h. 30 du soir.

Fille morte et macérée pesant 1.080 gr. — Placenta 300 gr.

Disparition quatre jours après l'accouchement.

OBSERVATION IX

(*Clinique Baudelocque*)

Cl... Angèle, 27 ans, ménagère; rien de spécial dans les antécédents.

Cette femme est enceinte pour la sixième fois.

A 17 ans, elle a eu des douleurs vagues dans la région épigastrique, avec irradiations dans l'épaule droite. Pas d'ictère ni de vomissements.

Au début de sa 1^{re} gestation, les mêmes symptômes se sont reproduits pendant 3 mois environ.

Rien ne s'est présenté au cours de la 3^e gestation.

Vers le 3^e mois de la 3^e gestation, douleurs très vives dans l'hypochondre droit, suivies d'ictère. Ces douleurs se reproduisent tous les 3 à 4 jours et persistent jusqu'à la fin de la gestation.

A la 4^e gestation, dès le début, mêmes symptômes qui durent jusque vers le 6^e mois, disparurent après l'accouchement et réapparurent au retour de couches pendant 8 jours.

A la 5^e gestation, mêmes symptômes durant toute la gestation et pendant 8 jours lors du retour des règles. De plus prurit intense et éruption des membres inférieurs.

Dernières règles du 15 au 19 octobre 1910.

Pas de phénomènes douloureux, mais teinte subictérique de la peau et des conjonctives.

Le prurit a débuté un mois avant l'accouchement. Il est généralisé. {

On constate sur la face externe des jambes des lésions cutanées, croûteuses, prurigineuses, symétriquement disposées.

Accouchement le 14 juin 1911.

Fille pesant 2.400 gr. — Placenta 520 gr.

Disparition après la délivrance.

Nous noterons dans cette observation la coexistence de symptômes hépatotoxiques et de la dermatose gravidique autotoxique.

OBSERVATION X

(*Clinique Baudelocque*)

V... Marguerite, 28 ans, domestique, née dans le Finistère. Cette femme n'a présenté aucun accident pendant sa jeunesse.

En janvier 1910 accouche à terme (?) d'une fille morte-née. Au cours du 2^e mois de cette gestation, la femme a eu une première atteinte de dermatose gravidique, localisée aux avant-bras, aux jambes et au ventre. Cette dermatose a duré pendant toute la gestation. Elle a été accompagnée de vomissements jusqu'au 7^e mois. Elle n'a cessé que deux mois après l'accouchement.

Dernières règles du 20 au 24 mai 1910.

Au cours du 3^e mois de la gestation, apparition d'un prurit sur le thorax. Eruption consécutive.

Entre à Baudelocque le 20 février 1911. On remarque des plaques disséminées sur la nuque, les avant-bras et surtout les jambes. Les segments supérieurs des membres sont à peu près respectés.

Une plaque linéaire de 2 cms environ de largeur, 25 centimètres de long parcourt la région sous-mammaire.

On remarque la symétrie parfaite de toutes ces lésions. Cette éruption est psoriasiforme.

Pas de troubles digestifs, ni de céphalée. On soumet la femme au régime lacté absolu.

Accouchement le 7 mars 1911. Application de forceps pour infiltration du périnée.

Garçon: 3.320 gr. — Placenta 500 gr.

L'éruption disparaît immédiatement après l'accouchement.

OBSERVATION XI

(Clinique Baudelocque)

M... Marie, 35 ans, ménagère.

Rien dans les antécédants.

Femme enceinte pour la dixième fois, huit enfants vivants.

La fécondation a lieu pendant l'allaitement.

Entre à Baudelocque le 13 mars pour accoucher.

Cette femme présente sur le dos, entre les deux épaules,

sur la face antéro-latérale des coudes, au niveau de la partie postéro-inférieure des bras, sur les faces antéro-latérales des cuisses, des lésions cutanées caractérisées les unes par de petites taches roses de la grandeur d'une tête d'épingle, les autres par des papules dont quelques-unes sont recouvertes de croûtes, enfin par des lésions de grattage. Ces lésions sont bilatérales et symétriques.

Elles sont apparues d'une façon progressive au 6^e mois de la gestation. Elles étaient le siège d'un prurit intense plus marqué encore la nuit.

Accouchement le 16 mars 1911 à minuit 30. Après la délivrance, les lésions sont devenues plus pâles, moins grandes et moins nombreuses.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Dr Reymond)

G. Marie, f^{me} J..., âgée de 26 ans; née à la Garenne-Colombes, ménagère; a eu deux gestations avant celle pour laquelle elle est venue consulter à la Maternité de la Maison de Nanterre.

Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons que son père est mort vers 40 ans de la poitrine.

Dans ses antécédents personnels, rien à signaler de particulier. Elle dit être née à terme; d'ailleurs elle est bien portante et dit l'avoir toujours été.

Elle a été réglée à quatorze ans et toujours réguliè-

rement pendant 4 à 5 jours en dehors de l'état de gravidité.

Ses deux accouchements précédents qui ont eu lieu chez elle se sont produits à terme respectivement un an et demi et trois ans et demi avant sa gestation actuelle. Ses deux enfants sont vivants et bien portants. Au cours de ses deux gestations précédentes, la femme n'a jamais eu d'éruption. Elle a simplement remarqué que la pigmentation de sa peau était très exagérée au début de sa gestation.

Pendant vers le 2^e mois de sa seconde gestation, la femme a eu des vomissements qui ont duré quinze jours et ont cédé au repos et à la diète suivie de reprise progressive de l'alimentation.

Elle a eu ses dernières règles normales le 12 avril 1912.

Elle vient consulter pour la première fois le 7 janvier 1913.

A son examen, on fait les constatations suivantes:

Hauteur utérine: 31 centimètres.

Ventre en obusier très marqué.

Tête en bas fixée non engagée, dos à gauche.

Auscultation positive.

Pas d'albumine dans les urines.

Elle porte sur le corps une éruption présentant les caractères suivants.

Eruption vésiculeuse sur les avant-bras, les bras, les épaules, la partie antérieure des cuisses et les jambes, quelques vésicules sur les régions latéro-inférieures de l'abdomen. Absolument rien sur la figure et les seins.

Cette éruption symétrique a perdu en certains endroits son caractère vésiculeux car la malade a un prurit intense et se gratte.

Voici ce qu'elle raconte au sujet de cette éruption. Vers le 4^e mois de sa gestation, sans aucune raison apparente et en coïncidence avec le moment où elle dit avoir commencé à sentir remuer son enfant (?), elle a commencé à ressentir des démangeaisons qu'elle avait d'abord attribuées à des puces. Ces démangeaisons allèrent en augmentant d'intensité. Une éruption apparut bientôt constituée d'abord par des macules rosées qui prirent rapidement un caractère vésiculeux.

Cette éruption la gênant fort, elle alla consulter un médecin qui lui dit que c'était de l'urticaire et qu'elle devait d'abord se purger et ensuite veiller à sa nourriture.

Sous l'influence du repos et du régime semi-lacté, le prurit diminua, mais l'éruption ne changea pas de caractère.

Comme elle ne voulait pas rester dans le service, on lui conseilla de rester chez elle au lit et au lait et de prendre de temps en temps des purgatifs légers.

Elle revint consulter le 22 janvier 1913.

Mêmes constatations obstétricales, la tête paraît toutefois s'engager.

Quant à l'éruption, elle n'a guère changé.

Pensant que chez elle, la femme n'avait suivi qu'imparfaitement les conseils qui lui avaient été donnés, l'on insista pour la faire rester dans le service. Cette fois elle le fit.

Elle fut mise en chambre d'isolement, au repos et au lait. On constata alors que la nuit la malade dormait mal et se grattait dans son sommeil.

Le 31 janvier 1913 à 5 h. 45 du matin, elle accouchait d'une fille pesant 4.740 grammes. Le placenta pesait 620 grammes. La réaction de Wassermann faite avec le sang de l'accouchement fut négative.

Le lendemain de l'accouchement, l'éruption avait augmenté d'intensité ainsi que le prurit.

Trois jours après, sans autre traitement, éruption et démangeaison avaient disparu, il ne restait plus que des traces de grattage qui disparurent très rapidement.

Au sujet de cette observation, nous remarquerons d'abord que, au cours de sa 2^e gestation, la femme a présenté des signes évidents d'auto-intoxication se traduisant par des vomissements.

De plus constatons en passant que le médecin qui l'avait vue en ville n'avait peut-être pas méconnu le type de l'éruption puisqu'il avait pensé à une intoxication et prescrit des purgatifs et un traitement diététique.

OBSERVATION XIII

(Service de M. le Dr Reymond)

C... Elise, f^e H..., 45 ans.

Cette femme est venue le 19 février 1913 à la consultation de la Maison de Nanterre.

Elle était à sa cinquième gestation. Ses deux premières gestations avaient été normales.

Vers le 4^e mois de la troisième gestation, était apparue une dermatose gravidique autotoxique. Sa gestation avait évolué sans incident. Enfant né à terme, vivant.

Au cours de sa quatrième gestation, récurrence de la dermatose. L'enfant est né à terme; il vit encore.

La femme a eu ses dernières règles le 16 août 1912. Quelques jours après, elle a fait elle-même le diagnostic de sa gestation par l'apparition de démangeaisons et d'une éruption typique. Ce n'est qu'environ trois semaines après qu'elle a attendu en vain ses règles. Considérant son éruption comme sans importance puisqu'elle avait eu la même deux fois sans complication, elle venait simplement consulter et quels que fussent les efforts faits pour la conserver dans le service, elle ne voulut pas rester.

Malheureusement elle n'est jamais revenue à la consultation.

Quoique cette observation soit fort incomplète, nous la citons pour ce fait, c'est que dans la dernière

gestation, le premier signe de gravidité est l'apparition de la dermatose gravidique, de même que pour certaines femmes ce sera l'apparition de vomissements.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Dr Reymond)

O... Berthe, ^{f^{me}} C., 38 ans, employée à Asnières à la fabrication des tickets de pari-mutuel, demeurant au Petit Colombes.

Parmi ses antécédents héréditaires, nous noterons que l'une de ses sœurs demeurant à Argenteuil âgée de 27 ans a eu très fréquemment au cours de son enfance des crises d'urticaire intense. Elle serait actuellement enceinte et présenterait des boutons sur le corps.

La femme qui vient consulter n'a jamais rien ressenti de pareil; elle a toujours été bien portante. Jusqu'au début de sa gestation qui remonte à juillet 1912. C'était sa première gestation. A cette date elle fut prise, sans en connaître la cause exacte, de vomissements qui durèrent un mois et demi. Dans l'intervalle les règles n'étaient pas réapparues. Elle se savait donc enceinte. Les vomissements cédèrent sans traitement.

Elle vint consulter à Nanterre le 7 mars 1913.

Tête en bas fixée, dos à droite. H. U. = 30 centimètres. On est frappé alors par une éruption pustuleuse très accentuée. Absolument tout le corps en est couvert à l'ex-

ception de la tête et des seins. La femme dit avoir consulté une sage-femme qui lui aurait dit que c'était la gale et qu'il lui fallait aller à St-Louis.

Pour être fixée, elle vint consulter à Nanterre où l'on remarqua les choses suivantes :

L'éruption vésiculo-pustuleuse était absolument symétrique, plus accentuée sur les deux avant-bras et les deux jambes. Seuls les SEINS et la face étaient respectés. Malgré les recherches attentives, on ne put trouver aucune trace d'acare. Les démangeaisons étaient continues sans exagération nocturne.

Toutefois la ressemblance avec la gale pustuleuse était telle que l'on reçut immédiatement la femme dans le service pensant au besoin la faire aller à la frotte. On la mit à l'isolement. Tout le corps fut entouré d'un pansement aseptique pour éviter l'infection des éléments ouverts. On institua le traitement que nous soutenons, diète lactée, repos absolu, purgation à l'eau-de-vie allemande.

Sous l'influence de ces soins, le prurit diminua d'une façon notable et la femme qui jusque-là n'avait pu dormir que quelques instants chaque nuit put prendre un repos nécessaire à une bonne fin de gestation.

Lorsqu'elle commença à ressentir les premières contractions utérines douloureuses, on lui mit un pansement complet, et le 16 avril 1913, elle accoucha à terme d'un enfant pesant 3.170 grammes avec un placenta de 420 grammes.

L'éruption ne fut nullement modifiée par l'accouchement et l'on commençait à songer à nouveau au diag-

nostic de gale pustuleuse quand, quinze jours après l'accouchement, l'éruption disparut progressivement.

La femme fut revue le 20 mai 1913. Elle ne présentait plus aucune éruption et seules quelques macules à peine visibles témoignaient de son intensité.

Nous remarquerons dans cette observation que la femme a dans ses antécédents collatéraux une sœur qui est sujette à l'urticaire, éruption toxidigestive type, et qui, au cours d'une gestation, a présenté une dermatite prurigineuse. De plus l'éruption a été précédée d'une période où la malade a eu des vomissements.

Notons enfin, que, grâce aux précautions prises, la femme qui cependant présentait des lésions cutanées graves et infectées, a pu amener sa grossesse à bon port et n'a jamais eu la moindre température après son accouchement.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Dr. Raymond)

L... Eugénie, femme H..., âgée de 25 ans, employée à la Société des Téléphones à Bezons.

Dans ses antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien à signaler.

Hatton

Dans son enfance elle a eu de l'entérite et même, dit-elle, sa mère a eu grand mal à l'élever à cause de cela. De plus elle a beaucoup souffert lors de l'apparition de ses premières règles. Les règles ont toujours été douloureuses et précédées d'une période de constipation opiniâtre.

Ses dernières règles datent du 16 septembre 1912.

Elle vient consulter à Nanterre le 19 mai 1913. On constate :

Hauteur utérine : 26 centimètres.

Tête dans la fosse iliaque droite, dos en bas, siège dans le flanc gauche, foyer d'auscultation du cœur fœtal à 2 cm. en-dessous et à droite de l'ombilic. De plus la femme présente une éruption maculeuse dont les éléments sont modifiés par le grattage.

Cette éruption est composée à la fois de macules grosses comme un grain de mil ou comme une lentille, d'une teinte rouge vif, et de taches plus volumineuses recouvertes d'une croûte noirâtre.

Elle est symétrique. Elle siège dans le dos entre les 2 omoplates; sur les bras et les avant-bras surtout à la face antérieure, sur la face antéro-utérine des cuisses et sur les jambes, s'arrêtant très nettement au cou-de-pied. Enfin sur le ventre de chaque côté, à mi-chemin entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et la symphyse pubienne on constate la présence d'une dizaine de petits éléments éruptifs. La tête, les mains, les pieds, les seins sont absolument indemnes.

La malade raconte que cette éruption a commencé un mois auparavant par des démangeaisons très vives. Elle

l'a d'abord attribuée à l'ingestion de charcuterie suspecte, mais comme cela ne s'est pas passé, elle a préféré venir consulter.

On la reçoit dans le service et l'on prescrit le traitement ordinaire, régime lacté, repos, purgatifs.

Le 1^{er} mai, version par manœuvres externes et maintien de la version par la ceinture eutocique du Professeur Pinard. Le lendemain le prurit a diminué.

La femme est encore actuellement dans le service d'accouchement de la Maison de Nanterre où nous avons pu la voir.

Elle est dans un état de santé excellent. Elle dort très bien la nuit et n'a plus de démangeaisons. Son enfant est en bonne position, la tête en bas fixée, les urines sont normales, pas d'albumine, quantité d'urée normale. La réaction de Wassermann a été négative. Tout fait prévoir que la gestation va maintenant évoluer d'une façon normale.

Deux choses attirent l'attention dans cette observation.

En premier lieu, l'éruption serait apparue à la faveur d'une intoxication alimentaire.

En second lieu, simple coïncidence peut-être, mais fait digne de remarque, le prurit a diminué dès que l'enfant a été mis en bonne situation.

CONCLUSIONS

1° *La dermatose gravidique autotoxique* est la conséquence d'une entité morbide bien déterminée résultant d'une gestation pathologique.

2° Cette affection a pour seule cause primordiale l'auto-intoxication consécutive à la gestation chez des femmes dont le système nerveux est particulièrement sensible et dont l'état des viscères, estomac, intestin et surtout reins et *foie* laisse à désirer.

3° Le seul traitement rationnel est donc celui appliqué à la clinique Baudelocque par M. le Professeur Pinard et qui a pour but de diminuer l'auto-intoxication.

4° Cette affection, le plus souvent bénigne pour

la mère, mérite cependant d'être soignée dès le début, car elle peut, dans certains cas *négligés*, entraîner pour la mère les conséquences les plus graves.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu : *Le Doyen,*
LANDOUZY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Annales de dermat. et syphil.**, 1902, p. 76, observation de B. Jones.
Page 806, obs. de G. Little. Page 903, obs. de M. Morris.
- Bar et Tissier.** — Société obstétr. et gyn. Paris, 1895.
- Barthélemy.** — *Bulletin de la Société franç. de dermat. et syphil.*, 1896.
- Brocq.** — *Annales de dermatol. et syphil.*, 1888, p. 493.
— *Idem.* 1890, 1895, 1896, 1898 et 1900.
— Pratique dermatologique.
- Boissard.** — Leçons de thérapeutique obstétricale. *Médecine moderne*, 1898.
- Bouffe de St-Blaise.** — Les auto-intoxications de la grossesse, 1906.
- Bouchard.** — Leçons sur les intoxications.
- Brissaud.** — Leçons sur les maladies nerveuses, 1899.
- Brunet.** — Thèse de Paris, 1811 (observation IV).
- Cacault.** — Thèse de Paris, 1904-1905.
- Cannet.** — *Annales de dermat. et syphil.*, 1896, p. 125.
- Chaussit.** — *Ann. des mal. de peau*, mars 1852, p. 141.
- Doyon.** — *Annales de dermat. et syphil.*, 1892, p. 653.
- Dainville** (François). — Thèse Paris, 1905.
- Darier.** — *Précis de dermatologie*.
- Duncan Bulkley.** — *Amer. journal of obstét.*, fév. 1874.
- Dühring.** — Un cas d'herpès gestationis et relations de l'herpès gestationis et de la dermatitis herpetiformis. *The medical News*, novembre et juillet 1884, octobre 1885.
- Elliot.** — Three cases of dermatitis herpetiformis originating from causes connected with the uterin organs. *Am. Journal of med. Science*, nov. 1892.
- Fournier.** — *Bulletin médical*, août 1892, p. 553.
- Gaucher.** — Titres et travaux scientifiques, 1902.
- Gaucher et Claude.** — *Bull. de la Soc. française de dermatologie et syphil.*, 1896, p. 457.
- Gaston.** — *Annales de dermat. et syphil.*, 1896, p. 375.

- Hallopeau.** — *Ann. de dermat. et syphil.*, 1896, p. 374.
- Hardouin.** — Thèse de Paris, 1901.
- Hardy.** — Leçons sur les mal. de peau, 1853 et 1886.
- Hirigoyen.** — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Bordeaux*, 1899. — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1899.
- Ittmann et Ledermann.** — Herpès gestationis. Traduction dans les *Annales de dermatologie*, 1892.
- Leredde et Perrin.** — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1895, p. 281-452; 1896, p. 846. — *Bulletin de la Soc. française de dermatologie*, 1898.
- Leredde.** — Les hémato-dermites. *La pratique dermatologique de Besnier. Brocq, Jacquet*, 1902. — *Archives générales de médecine*, 1899.
- Lévigne.** — Thèse de Paris, 1911.
- Liveing.** — Clinical remarks on a case of herpes gestationis. *Lancet*, 1878.
- Milton.** — *Journal of cutaneous medical Science*, I, n° 3, p. 311.
- Mélot.** — Thèse de Lyon, 1894-1895.
- Perrin.** — Thèse de Paris, 1894-1895. De la dermatose de Dühring au cours de la grossesse.
- Sauvage.** — *Bulletin de la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, janvier 1906. — *Presse médicale*, 1906.
- Vidal.** — Réunions cliniques de l'hôpital St-Louis, 1888-1889, p. 220.
- Vidal.** — Dermatose gravidique autotoxique. Thèse de Paris, 1906.
- Vilenski.** — De l'insuffisance rénale dans la dermatite herpétiforme. Thèse de Paris, 1895.
- Wilson.** — *On diseases of the skin*. Londres, 1867, p. 294.
- Wyndham Cottle.** — Herpès gestationis. *St-Georges Hospital*, 1879, p. 626.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	7
HISTORIQUE.	9
SYMPTOMATOLOGIE	15
Apparition.	16
Eruption.	18
Etat général	20
Evolution	21
Complications	21
DIAGNOSTIC.	23
PATHOGÉNIE	25
TRAITEMENT.	29
OBSERVATIONS	31
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55

ANGOULÊME

IMPRIMERIE L. COQUEMARD ET C^{ie}
